

## 在日ベトナム人高齢者の生活と健康状態に関する研究

Reserch on Living Circumstances and Mental Health of Elderly Vietnamese Migrants in Japan

瀧尻 明子<sup>1)</sup>      植本 雅治<sup>2)</sup>  
Haruko Takijiri      Masaharu Uemoto

### Abstract

The Vietnamese refugees arrived in Japan in the '70s are getting on in years. It is suggested that the foreigners in Japanese society have considerable difficulties much harder than in the other countries which have long history to accept migrants. Especially for the elderly refugees it must be hard to live in different language and customs that are not his own. The aim of our research was to know the living situations of the elderly Vietnamese refugees in Japan and their states of physical and mental health.

Eighteen elderly Vietnamese refugees living in Kobe consented to participate in the study were interviewed with a questionnaire translated into Vietnamese.

Although  $16.9 \pm 5.6$  years have lapsed since arrived in Japan, only 28% of the elderly Vietnamese refugees command Japanese language in conversation and 17% of them in reading and writing in their daily life.

89% of them are under the public assistance. 78% of them have some problem in their health, and 61% of elderly Vietnamese refugees showed depressive tendency.

### 要 旨

1970年代に来日したベトナム難民が高齢化してきている。彼らは日本人高齢者以上に様々な不安を抱え、孤立していることが推測されるが、その実態は明らかではない。今回、兵庫県神戸市に集住するベトナム人高齢者に対して構造的面接を行い、生活の現状、心身の健康状態等を明らかにすることを目的として調査を行なった。

調査に協力した高齢者18名の平均年齢は $68.7 \pm 5.1$ 歳であった。日本語能力は来日してから平均約17年経過しているものの、日常生活で不自由なく会話できる人は5名(29%)、読み書きできる人は中国系の3名(17%)のみであった。就労している人は1名のみで、16名(89%)が生活保護を受給中であった。

現在医療機関を利用している人は14名(78%)、複数科の同時受診者は11名(受診者の79%)であった。老年者抑うつ尺度(GDS)短縮版平均得点は $6.2 \pm 3.0$ 点、5点以上は11名(61%)と、うつ傾向を示す人の割合が高かった。

キーワード：在日ベトナム人、高齢者、難民

---

2014年9月8日受付 2014年12月26日受理

<sup>1)</sup> 大阪市立大学看護学研究科

<sup>2)</sup> 神戸市看護大学

\*連絡先：瀧尻明子 〒545-0051 大阪市阿倍野区旭町1丁目5-17 大阪市立大学大学院看護学研究科

## I. はじめに

1970年代後半のインドシナ難民受け入れから30年以上が経過し、難民として入国した在日ベトナム人の高齢化が進みつつある（川上a, 2005）。現在、中長期的に滞在しているベトナム人は、全国で約4万5千万人を数え、兵庫県にはそのうちの約4500人が集住している（法務省, 2013）。今後も景気の好転や法制度改正、政府主導の外国人施策により更にその数は増加する可能性がある。

2010年時点で兵庫県のベトナム人全体のうち60歳以上占める割合は3.6%と相対的に決して高いとは言えず、15年前と比べて微増した程度である（総務省;1995, 同;2010）。しかし、これは近年の若年労働者世代の流入が増え、割合としては変わらないだけであり、その実数は増加してきている。今後、現在人口割合の多くを占める中年世代が一斉に高齢期を迎えることは明らかである。在日外国人の定住志向が高まるなか、難民1世に限らず、日本で老後を迎えるベトナム人は今後も増加すると考えられる。

近年、在日コリアン高齢者に関して、一般の高齢者施設に入所したとしても文化的背景の相違などから十分なサービスを受けられない現状が報告されている（NPO法人KFC;2005）。個別性を尊重した福祉を考えるうえで、高齢者の文化や民族的背景を踏まえた関わりは不可欠だが、現在の日本ではこの点を配慮した環境は乏しい。こうした問題の多くは在日ベトナム人高齢者も近い将来直面すると予測できる。

老年期には生理的な過程として近時記憶から失われていくが、外国人にとって日本語習得は長い人生のなかで比較的近時に位置づけられ、その喪失は早い。このため老いて認知症状が進行することにより日本語がほとんど話せなくなる（崔;2007）。高齢者の認知症や脳の廃用症候群を防ぐためには、いろいろな人とつきあい、対人関係からよい刺激を受けることが不可欠である。安心して時間を過ごせる場所、昔語りを聞いてくれる存在を持つことが何よりの心の支えとなることは国籍を問わない。

しかし、残念ながら日本では現在、文化的背景の異なる人に対応した福祉サービスはわずかなNGOやNPOに頼るのみである。これまで在日ベトナム人の適応過程や一般的な保健医療問題、母子を中心とした支援に関する研究は散見される（江畑;1987, 植本;1995, 鷗川他;2003）が、高齢者の生活実態はほとんど知られていない。そこで今回、兵庫県神戸市在住のベトナム人高齢者に対して、彼らが営む生活の現状や健康状態を明らかにし、

支援の在り方を検討することを目的として本研究を行った。

## II. 研究対象および研究方法

### 1. 調査対象

神戸市N区で活動するベトナム人支援NGOに研究の趣旨を説明し、同市在住ベトナム人の紹介を依頼した。その際の選定条件をベトナム本国及び国連で高齢者と定義される60歳以上とし、18名から協力を得た。

### 2. 調査対象の背景

ベトナム難民発生の歴史的背景と来日、集住の過程について簡単に触れる。

#### 1) ベトナム難民の発生と来日の経緯

1963年、第二次インドシナ戦争が本格化し、1975年には南ベトナムの中心地サイゴンが陥落、ベトナム共産党による統一政権が成立した。南ベトナム政府の消滅直前に、旧南ベトナム政府側の政府要人や軍人、富裕層は国外へ脱出、少し遅れて庶民階級の人々が大量に海路での脱出（ボートピープル）を図り、周辺アジア諸国へ流入した。国外へ脱出した人々を国連がすべて難民であると規定し、日本もその受入国として1979年より定住促進事業を開始した。1980年からはボートピープル以外に合法出国計画（Ordinary Departure Program、以下ODP）による呼び寄せや他国難民キャンプ滞在者の家族再会を目的とする入国も受け入れた。

#### 2) 兵庫県集住の経緯

1979年に、日本に定住を希望する人への日本語教育、健康管理、就職あっせんを目的とした定住促進センターが全国に3か所設置された。その1つが兵庫県姫路定住促進センターである（現在全て閉鎖）。兵庫県にはこの定住促進センターや神戸市N区周辺にもともと言葉を必要としない職場や低家賃住宅が多数あったことにより、ベトナム人が集住するようになった。

### 3. 調査時期

2006年2月～2006年6月

### 4. 調査方法

NGOから紹介されたベトナム人高齢者に対して構造的面接調査を行った。自記式にせず面接法とした理由は主に以下の3点である。①ベトナム人高齢者が調査に不慣れであり、調査の趣旨や質問内容が伝わらず誤答や無回答の可能性があり、②母国でも教育を受ける機会がな

く母語でも読めない人が存在する、③信頼関係のある通訳同席により協力を得やすくなる。

調査のプロセスとして、自作の調査票および評価尺度をベトナム語に翻訳し、通訳を伴って面接を実施した。面接は調査者が調査票通りに質問項目を読み上げ、通訳者がそれを訳して協力者に伝え、回答も通訳を介して調査者が調査票に書き取った。文字を苦痛なく読める場合は、質問項目によって自記を促した。質問への回答以外に対象者の生活や健康状態などを知る上で必要な発言があれば記録し、録音はしなかった。調査時間は40～70分/件であった。

## 5. 調査内容

調査票は大阪府で行なわれた調査 (1997) および文 (2005) による調査で用いられた調査用紙を参考にして作成した。調査項目は基本属性 (年齢、性別、来日時、滞日数、世帯員数)、日本語の会話や読み書きで日常生活上どれくらい困っているかを4件法で問う主観的日本語能力、社会経済的状況、生活の満足度の評価として主観的幸福度評価 (Visual Analogue Scale: VAS-H) (松林a; 1992)、通院や服薬状況など健康状態、老年者抑うつ尺度短縮版 (Geriatric Depression Scale Short Version; GDS-S) によるうつ傾向の評価 (Yesavage JA, Brink TL, Rose TL; 1982) を用いた。これらをベトナム語に翻訳し、さらにバックトランスレーションした。

## 6. 倫理的配慮

調査内容は、ベトナム文化に精通したNGO代表や文化人類学者とともに推敲を繰り返し、文化に沿うよう配慮した。

協力者には研究の趣旨、種々の権利の保障、プライバシー遵守等について文書により通訳を介して説明し、ベトナム語で書かれた同意書への署名を得た。戦時中署名による財産の没収など、過去の体験から署名に抵抗がある場合は、本人が普段用いる記号や愛称の記載も同意とみなした。調査で得たデータは個人が特定できないようにコード化し、個人情報の保護に留意した。調査中に過去を想起し、心身の不調を訴えることがあれば中止する、あるいは調査の結果によっては本人の希望を踏まえてその後のフォローに努めた。

## Ⅲ. 結果

本稿では、世帯員数、主観的日本語能力、社会経済的

状況、VAS-Hを生活状況として、また通院や服薬の状況、GDS-Sによるうつ傾向の評価を心身の健康状態としてとらえ、その結果を報告する。文中の斜字体は、日本語に訳した調査協力者の生の発言を表す。

結果の概要は表1に、協力者それぞれのおおまかな背景については表2に示した。

表1. 協力者の概要

	全体 N=18	男性 N=9	女性 N=9
<b>年齢(歳)</b>	68.7 (SD:5.06)	70.0 (SD: 6.38)	67.3 (SD:3.12)
<b>来日時(年齢)</b>	51.7 (SD:9.13)	51.3 (SD:10.74)	52.1 (SD:7.84)
<b>滞日数(年)</b>	16.9 (SD:6.54)	18.7 (SD: 6.69)	15.2 (SD:6.28)
<b>来日の経緯(人)</b>			
ボートピープル	7 (38.9%)	5 (55.6%)	2 (22.2%)
キャンプ	1 ( 5.5%)	0 ( 0.0%)	1 ( 0.0%)
ODP(合法出国者)	10 (55.8%)	4 (44.4%)	6 (66.7%)
<b>世帯員数(人)</b>			
独居	3 (16.6%)	2 (22.2%)	1 (11.1%)
2人	7 (38.8%)	4 (44.4%)	3 (33.3%)
3人	4 (22.2%)	1 (11.1%)	3 (33.3%)
4人以上	4 (22.2%)	2 (22.2%)	2 (22.2%)
<b>日本語の聞き取り(人)</b>			
全く不自由ない	1 ( 5.6%)	1 (11.1%)	0 ( 0.0%)
あまり不自由はない	6 (33.3%)	4 (33.3%)	2 (22.2%)
とても不自由	6 (33.3%)	4 (44.4%)	2 (22.2%)
全く分からない	5 (27.8%)	0 ( 0.0%)	5 (55.6%)
<b>日本語の読み取り(人)</b>			
全く不自由ない	0 ( 0.0%)	0 ( 0.0%)	0 ( 0.0%)
あまり不自由はない	4 (22.3%)	3 (33.3%)	1 (11.1%)
とても不自由	6 (33.3%)	3 (33.3%)	3 (33.3%)
全く分からない	8 (44.4%)	3 (33.3%)	5 (55.6%)
<b>就労状況(人)</b>			
仕事あり	3 (16.6%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)
仕事なし	16 (83.4%)	8 (88.9%)	8 (88.9%)
<b>就労意欲(人)</b>			
働きたい	3 (16.6%)	1 (11.1%)	2 (22.2%)
働きたくない	2 (11.1%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)
働けない	12 (66.7%)	6 (66.7%)	6 (66.7%)
無回答	1 ( 5.6%)	1 (11.1%)	0 ( 0.0%)
<b>経済基盤(人)</b>			
生活保護	16 (88.9%)	8 (88.9%)	8 (88.9%)
自分の給料	1 ( 5.6%)	1 (11.1%)	0 ( 0.0%)
年金	1 ( 5.6%)	0 ( 0.0%)	1 (11.1%)
<b>主観的経済状況(人)</b>			
豊かだ・とても豊かだ	0 ( 0.0%)	0 ( 0.0%)	0 ( 0.0%)
どちらとも言えない	13 (72.2%)	6 (66.7%)	7 (77.8%)
苦しい・とても苦しい	5 (27.8%)	3 (33.3%)	2 (22.2%)
<b>GDS得点</b>			
GDS平均(点)	6.2 (SD:3.0)	5.9 (SD:2.9)	6.6 (SD:3.3)
GDS 1≤4(人)	9 (50.0%)	5 (55.6%)	4 (44.4%)
GDS 5≤9(人)	4 (22.3%)	2 (22.2%)	2 (22.2%)
GDS 10≤(人)	4 (22.3%)	2 (22.2%)	3 (33.3%)
<b>主観的幸福評価(%)</b>	31.4 (SD:66.5)	30.4 (SD:43.8)	33.1 (SD:66.5)

表2. 調査協力者それぞれの詳細（調査時）

	年齢	性別	滞日 年数	来日時 の年齢	来日 経緯	日本語 聞き取り	日本語 読み	世帯 員数
A	70代	男	20	50代	ボート	×	××	2
B	60代	女	20	40代	ボート	×	××	2
C	60代	女	10	50代	キャンプ	×	×	3
D	70代	男	26	40代	ボート	○	○	2
E	60代	女	16	40代	ODP	×	×	2
F	70代	男	17	60代	ODP	○	○	3
G	60代	女	17	50代	ODP	×	×	3
H	80代	男	11	70代	ODP	×	×	2
I	60代	男	25	30代	ボート	○	×	4
J	60代	女	25	30代	ボート	○	×	4
K	60代	女	20	40代	ODP	○	○	5
L	70代	男	15	50代	ODP	×	×	1
M	60代	男	25	40代	ボート	○	×	6
N	60代	女	5	60代	ODP	×	×	3
O	70代	女	15	50代	ODP	×	×	2
P	60代	男	22	40代	ボート	◎	○	1
Q	70代	女	9	60代	ODP	×	×	1
R	60代	男	7	50代	ODP	×	×	2
68.7歳 (±5.1)			16.9年 (±5.6)	51.7歳 (±9.1)				

注1) 個人の特定を避けるため、調査当時の年齢、来日時の年齢を伏せた。

注2) 来日経路のボートはボートピープル、ODPは合法出国計画による呼び寄せ家族、キャンプは他国難民キャンプ滞在者を表す。

注3) 日本語聞き取り、日本語読みについては、◎が日常生活に全く不自由を感じない、○があまり不自由を感じない、×がとても不自由を感じる、××が全く分からない、を表す

### 1. 調査協力者の基本的属性および来日経緯

協力者は男性9名、女性9名であり、平均年齢は全体で68.7歳（±5.06）であった。来日時の年齢は、平均51.7歳（±9.13）で、最も若い人は36歳、最高齢は70歳で来日していた。滞日平均年数は16.9年（±6.54）である。最も長い人では26年経過していた。来日の経緯は、いわゆる難民船での来日（ボートピープル）が7名（38.9%）、ODP（合法出国者）が10名（55.8%）、国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）の協力の下で設置された難民一時庇護のための海外キャンプ経由1名（5.5%）であった。

### 2. 協力者の世帯員数

世帯員数は、本人を含めて4人以上と3人暮らしがともに4名（22.2%）、2人暮らしが7名（38.8%）、そのうち高齢者のみの老々世帯が6名、独居は3名（16.6%）であり、半数以上が2人以下の少人数世帯であった。

### 3. 日本語能力

日常生活で日本語を全く聞き取れない、あるいは聞き取ることに不自由を感じる人は11名（64.7%）であった。逆に全くあるいはあまり不自由を感じない人は5名（29.4%）であった。あまり不自由を感じない人も、「難しい話はわからない」と答えていた。日常生活で日本語

を全く読めない、あるいは読むことに不自由を感じる人は14名（77.8%）で、「ひらがなだけ読めても意味は分からない」と語っていた。不自由を感じない人は漢字のある程度理解できる中国系の3名（16.7%）のみであった。

### 4. 社会経済的状況

就業している人は18名中3名（16.7%）で、うち1名はパート労働をしていた。パート労働者は正規雇用を定年退職したのちの継続雇用であった。他の2名はいずれも女性で、靴底のゴムを貼り付ける内職をしていた。現在就労していない15名（83.3%）のうち、就労意欲のある人は1名（8.8%）のみで、他の14名は「働きたくない」または「働けない」と回答した。「健康上の理由」による不就業が10名（66.6%）と最も多く、以下、「仕事がない」2名（13.3%）、「もう歳だから」「言葉が分からない」が1名ずつであった。60歳代11名に限って就業状況をみると、不就業は8名（72.7%）であり、その理由として4名が「健康上の理由」を挙げた。

経済基盤については、内職をしている人も含めて16名（88.8%）が生活保護を受給していた。現在パート就労中の1名が自分の給与と年金で、別の1名が配偶者の年金で生活している。

主観的経済状況については、「大変豊か」から「大変苦しい」まで5件法で尋ねたところ、「大変豊か」「やや豊か」と答えた人はいなかった。7割以上が「どちらともいえない」と回答したが、「頑張れば生活するぶんには困らない。」「生活全般に節約しないと苦しい。」「物価が高くて、安いものを探すのが大変。お金が無いからごはんを食べないようにしている」と日々の生活での余裕のなさが語られた。

### 5. 主観的幸福度（VAS-H）

VAS-Hは、線分の左端（-100%）を最大の不幸、右端（+100%）を最大の幸福、中間点（0%）をどちらともいえない状態として協力者に印をつけてもらい、0%からの距離を測定して%で表したものである（松林a：1992）。平均は31.4%（±66.5、範囲：-80～100）であった（表3）。「会話できない」「言葉の不自由」「健康のこと」「お金がない」「子供が言うことを聞いてくれず口答えをする」「他の国に行けない」「3年ごとに在留資格を申請しなければならない」という理由で主観的満足感が下がるが、一方では「日本の生活保護はありがたい」「日本で暮らせることは幸せ」というような、生きていることだけで満足とも受け取れる言葉も聞かれた。

## 6. 健康状況

### 1) 身体的な健康状況

対象者それぞれの健康状況や受診状況を表3に示した。

表3. 調査協力者それぞれの社会背景、健康状態

	年齢	性別	就労 状況	経済 基盤	健康状態	医療機関	服薬 状況	GDS VAS 得点 -H
A	70代	男	なし	生保	治療中	近医	毎日	4 100
B	60代	女	なし	生保	治療中	大病院	たまに	4 100
C	60代	女	なし	生保	病弱	大病院	無回答	6 100
D	70代	男	なし	生保	治療中	近医複数	毎日	6 0
E	60代	女	なし	生保	治療中	近医	毎日	6 0
F	70代	男	なし	生保	治療中	両方※	毎日	4 100
G	60代	女	なし	生保	治療中	両方※	毎日	10 0
H	80代	男	なし	生保	治療中	両方※	毎日	3 16
I	60代	男	なし	生保	治療中	近医	時々	3 -80
J	60代	女	なし	生保	以前治療	大病院	たまに	12 0
K	60代	女	なし	年金	治療中	近医	毎日	10 0
L	70代	男	なし	生保	治療中	大病院	毎日	11 0
M	60代	男	あり (内職)	生保	健康	なし	なし	4 100
N	60代	女	あり (内職)	生保	治療中	両方※	時々	4 80
O	70代	女	なし	生保	治療中	近医	毎日	4 12
P	60代	男	あり (パート)	給与	治療中	大病院	毎日	5 0
Q	70代	女	なし	生保	治療中	両方※	毎日	3 6
R	60代	男	なし	生保	以前治療	大病院	毎日	10 38

※両方とは、大病院と近医双方に通院していることを示す

現在何らかの健康上の理由から医療機関を利用している人は14名(77.7%)であった。近所の医院を利用している人が11名(78.6%)、大きな病院を利用している人が12名(85.7%)であり、両方の利用が6名(42.9%)であった。

主な受診理由は、関節痛、骨折などの整形外科的な訴えが9件と最も多く、癌の手術後のフォロー、胆石症など消化器系に関することが8件、高血圧、狭心症など循環器系が7件、白内障2件、糖尿病が2件、その他3件であった(複数回答)。片頭痛、肩の痛み、手の神経が引っ張られるような感じや痺れ、原因不明の胸苦しさ、腹部の不快感など、診断のはっきりしない訴えも多く聞かれた。複数の科を同時に受診している人は11名(受診者の79%)で、特に3診療科以上を重複して受診する人は7名(50%)であった。

#### (1) 医療機関利用時の思い

医療機関を利用する際、ベトナム人高齢者は言葉が通じないことにより、待ち時間の見通しや医師からの説明が分からず、恐怖を感じていた。家族に通訳同行の迷惑をかけないために苦痛を我慢し、急変時に対して不安を抱いていた。以下に協力者の語りを紹介する。

陰部が痒くて婦人科に予約を取って行って3時間も4時間も待たされる。言葉も分からず、医師が何を言っているのか、何の病気が理解できず不安になる。目も見えにくい。手術すれば見えるようになると言われても怖い。膝も痛いし肩も凝るし、頭も痛いけど、病院には行きたくない(Gさん;女性)。

肺に膿が溜まって7週間入院していた。退院して2ヶ月になる。胸が痛んだり、息が苦しかったが、だいぶ我慢した。病院へ行くために子どもに通訳を頼むと、子どもは仕事を休まなければならなくなるから。時々痰に血が混じることがあって、それは医師にも言っている。この先、急に苦しくなって救急車を呼ぶときなど、言葉が分からないのにどうすればいいのか(Hさん;男性)。

#### (2) 治療に対する思い、不信感

投薬治療中の人のうち4名は服薬の中断や用法・用量の誤りがあり、1名は受診を拒否していた。中断した処方薬のなかには、血管拡張剤や経皮吸収ニトログリセリン製剤など生命の危険につながるものも含まれていた。「何の薬がよく分からないから」という理由で断薬していた人は、薬袋から出して用法が分からなくなったバラバラの薬を無造作にお菓子の缶に入れ、残数が合わなくなっていた。「薬を飲むのが怖いから」と自己判断で中断した人もいた。「日本の薬よりも母国の薬のほうがよく効くから」と処方薬を中断して、ベトナムから自分で取り寄せた効能不明の瓶詰め黒い丸薬を服用している人もいた。協力者の一人は、治療や処方について以下のように語り、不信を示していた。

風邪を引いたとき、胸が苦しくてそれが長く続いた。病院に行っているような検査を受けても原因は分からないと言われる。胸の痛みに効くという薬をもらっているが効かない。下痢と腹痛が続いたことがあって、下痢止め(ロペミン)で治療してもらったが、原因が分からない。今でもお腹の調子は悪く、今はベトナムからお腹の薬を送ってもらってそれを飲んでいる(Rさん;男性)。

#### 2) 精神的な健康状況(GDS-S得点)

GDS-Sでは通常、5点以上がうつ傾向、10点以上がうつ状態とされている。今回の協力者の平均得点は $6.2 \pm 3.0$ 点であり、5点以上は11名(61%)だった。男性の平均は5.6点、女性では6.6点であった(表1)。

日本語での会話にとっても不自由を感じる人または全く聞き取れない人11名のGDS-S平均得点は5.9点、あまり不自由を感じないまたは全く不自由を感じない人5名の平均得点は6.3点であった(表3)。

独居または二人暮らしの人10名ではGDS-S平均5.6点であった。一方、同居家族員が3人以上の人8名では平均6.6点であり、そのうち3名（すべて女性）が10点以上を示していた。

#### IV. 考察

##### 1. 在日ベトナム人の生活状況

###### 1) 言葉の問題による生活上の困難

調査協力者は、来日して平均16.9年も経過しているにも拘らず、日常生活での日本語会話においては6割以上、日本語の読み書きでは約8割が不自由を感じているという結果であった。来日時平均年齢は51.7歳と中年期を過ぎており、新しい言語を習得するには相当の努力を要したと思われ、そのうえ難民定住支援センターで適応訓練として受けた日本語教育は、3ヶ月とわずかであり（西田、倉田；2002）、日常会話もおぼつかない状況のまま日本社会に放出された。その後も、彼らの仕事は言語を必要としない半熟練的な業種が中心だったこと（川上b, 2005）、労働時間が長く、日本語を学ぶ機会がなかったこと（西野ら, 2002）により、結局高齢になる現在まで日常会話でも困難を抱えていると考えられる。

同じ神戸市N区に居住する在日コリアン高齢者に対する調査では、朝鮮半島生まれで来日時の年齢が12歳以上、未就学でその他の学習機会もほとんどなかった人は、日本語での会話能力に全く問題ないものの、生活上の困難について、電車やバスの路線図を読むこと、預貯金の出し入れ等銀行の利用、回覧板や掲示板からの情報入手、病院での書類記入、役所からの通知や申請書類等の読み書きについて、該当者全員が3項目以上に「できない」と回答し、半数がバカにされたり恥ずかしいと感じた経験があると報告されている（文、林；2007）。就学、学習機会の有無や来日した時代は今回の調査協力者と異なるが、比較的成人に近い時期で来日した状況やその後の日本社会での生活背景も類似している点が多いため、在日ベトナム人高齢者もコリアン高齢者と似たような生活上の困難さや自尊感情を害する体験を有していると推察でき、これが精神的な健康状態にも少なからず影響していると考えられる。

会話が困難なため、保健医療へのアクセスは制限される。Hさんのケースのような苦痛の我慢による受診の遅れや救急車の要請への躊躇、また薬の効能が分からないための中断や誤用は生命の危険にもつながる。在日フィリピン人女性に対して行われた面接調査では、診察の受け方や医師の説明が分からないなど医療を受けるうえで

日本語が分からないことが大きな困難であることが語られている（吉田他；2009）。また松尾ら（2007）は、日本語能力の低い外国人妊産婦は健診受診回数が低く、妊娠中体重増加、早産が多いと報告している。国内で新来外国人高齢者を対象とした研究はないため、若い世代の女性に関する研究結果を取り上げたが、言葉の壁が日常生活上の困難をもたらし、健康問題にも大きな影響を及ぼすのはどの年代、性別でも同様である。これを解決するためにも早急に公的な医療通訳制度が整備されることが何より望まれるが、まずは保健医療従事者が出版物やネット上で既に公開されている問診票や同意書など様々な翻訳文書や電話医療通訳の存在など、外国人患者を取り巻く資源に関する情報を持って最大限活用し、確実に理解してもらうひと手間を惜しまず、外国人患者が今後も増加し続けることに関心を向けていくことが必要であると考ええる。

###### 2) 母国とは異なる家族形態

この調査では半数以上の高齢者が単身または2人暮らしであった。ベトナム本国でも1980年代後半のドイモイ以降急速に核家族化が進み、現在では70～80%が核家族であると報告されている（黒田、向井他；2003）。しかしベトナム人は従来大家族志向である。高齢者は家族と暮らし、子どもや孫がその世話をするのが自然であった。儒教文化のなかでもベトナムで特に重視されるのが子の親に対する「孝」の考え方である（川上, 2005）。高齢者がたくさんの子や孫から敬われて余生を送るという従来の家族イメージを持つ彼らは現在置かれた状況に孤立感、孤独感を抱きやすく、これも後に述べる精神的な健康状態にも影響すると考えられる。

###### 3) 低い就業率と経済的困窮

現在就業していない人は8割以上であった。今回の調査協力者は、高齢者と言っても平均年齢が68.7歳と若い。60歳代に限っても7割は不就業で、そのうち就労を望むのは1名のみであった。厚労省が行った「高年齢者就業実態調査（2005）」において、日本人高齢者の不就業者は男性の60～64歳で31.2%、65～69歳では50.5%、女性の60～64歳で57.7%、65～69歳では71.5%と報告されている。単純に比較はできないが、神戸市在住のベトナム人高齢者の不就業率は高い傾向にあると思われる。

同じ厚労省の調査（2005）で日本人高齢就業者の最大の就業理由は「経済上の理由」である。一方、在日ベトナム人高齢者の場合はその約9割が生活保護を受給し最低限の生活は保障されるためか、「経済上の理由」を挙げた人はいなかった。ベトナムの儒教的価値基準では、高齢者は大切にされるべき存在であり、子どもが成長す

ればその援助を期待して働くことはない(川上;2002)。しかし日本では子どもが仕事の不安定さや収入の低さにより、親の面倒を見る経済基盤や余裕を持たないため、親の生活費は生活保護で賄うことが多いと報告されている(ハ;2007)。

在日ベトナム人高齢者の場合、60歳代に限っても不就業の理由として約6割が「健康上の理由」であった。日本人の60歳代不就業者では、「働きたいが適当な仕事が見つからない」という理由が最も多く、「健康上の理由」は3割に満たない(厚生労働省;2005)。労働は単に経済的な活動の場であるだけではない。高橋ら(2001)は、社会活動が幸福感の維持・向上に良い影響をもたらすことを、中村ら(2002)は社会参加が主観的健康感を向上させる可能性を示唆しているように、労働を含めた社会的な活動は、それに関連した人間関係や役割、幸福や満足感、自己効力感などを得る場となる。ベトナム人高齢者はその機会を得ないまま過ごしていることになり、これが後述する抑うつ傾向の高さ、主観的健康観の低さにも影響すると考える。

#### 4) 主観的幸福感に影響する言葉の壁

国内の75歳以上の地域高齢者に対してVHS-Hを用いた調査(松林b;1992)の結果、日常生活動作が完全自立している群は36.0(±40)%以上のスコアを示しており、在日ベトナム人のスコア31.4(±66.5)%はそれよりもやや低い。また同じ報告(松林b;1992)のなかで、情報関連身体状況のグレード別にVAS-Hを見ると、会話を支障がある群は問題ない群よりも有意にVAS-Hが低下することが明らかになっている。在日ベトナム人高齢者は、身体的機能不全の状態ではないものの、単独での会話が困難であるという点は類似している。実際、幸福度を下げた理由として、「会話できない」や「言葉の不自由」など会話に関するものが複数語られていた。読み書きが不自由なベトナム人高齢者にとっては、会話の可否が主観的幸福度に影響を与えることが示唆された。

## 2. 在日ベトナム人高齢者の健康状態

### 1) 身体的健康状態

不就業の理由として最も多いのは「健康上の理由」であった。健康であると自覚しているのは1名だけであり、約8割の人が現在何らかの病気で治療を受けていた。平成16年国民生活基礎調査によれば、日本の65歳以上の高齢者1000人あたりの通院率が631.6と報告されている(厚生労働省, 2005)。今回の在日ベトナム人の調査では厚生労働省の調査対象より若い60歳以上を対象にしており、しかも有病率が高くなる後期高齢者は今回の対象18名中2

名のみであった。これらを単純に比較出来ないが、厚生労働省の調査よりも若くて元気な世代であるはずのベトナム人高齢者のほうがより多くの健康問題を自覚していることが伺える。

ベトナム難民を含む1980年代以降に急増した新来外国人も在日コリアンと同様に、定住化が進んで在日年数が長期化するにつれ、日本人の死因構造に類似していきとされている(李, 2004)ように、生活習慣病を抱える人も少なくない。実際、調査協力者の受診理由の多くは高血圧や糖尿病など慢性疾患によるものであった。在日外国人は様々な世代において健診受診率が低いことも報告されている(大見他;2011, 中江他;1998)。たとえ健診を受けて、要精査の指示が出たとしても、Hさんのように通訳の手配ができない、自分自身が仕事を休めない、経済的に困難などの理由で受診できず、放置せざるを得なかった状況がある(畔柳他;2008)。言葉の問題により、健康啓発関連文書や健康教育の機会など一次予防活動へのアクセスが困難であり、生活習慣病予防への動機づけを得にくかったことも推測できる。老年期を迎えた現在、戦争体験や来日後の長時間重労働の影響に加え、それらのしわ寄せが主観的健康観を低下させているとも考えられる。

### 2) 精神的健康状態

精神的健康状態の評価にあたって、今回はGDS-Sを用いて抑うつの状況を調査した。GDS-Sでは5～9点が抑うつ傾向、10点以上がうつ状態とされる(高橋;1999)。在日ベトナム人高齢者では抑うつ傾向とうつ状態を合わせると6割を超えていた。古川ら(2007)によるN県の地域在住高齢者への調査の結果では抑うつ傾向又はうつ状態が14.1%であり、Wadaら(2005)によるインドネシア、ベトナム、日本の地域在住高齢者への調査結果ではインドネシアで33.8%、ベトナムで17.2%、日本で30.3%が抑うつ状態であったと報告されている。在日ベトナム人高齢者は日本人地域在住高齢者、ベトナム本国の高齢者よりも高率で抑うつ状態を呈していると言える。在日ベトナム人高齢者は、戦争や難民としての体験、数々の喪失体験、異文化ストレスなど、抑うつ的になる要因を複合的に有しているが、今回の調査結果から考えられることを以下に述べる。

#### (1) 言葉の不自由さ、家族形態と抑うつとの関連

言葉が不自由な人の抑うつ得点が高い傾向にあったが、その多くは一般的に万国共通してうつ病有病率が高い(WHO, 中野;2004)とされる女性であり、この結果からは言葉の不自由さが直接影響しているとは言えない。



家族形態についても同様で、大人数世帯の人にうつ状態に該当する人が2名いたが、いずれも女性であった。磯谷（2011）は日本人高齢者の居住形態がGDSに強く関連し、独居群は同居群よりも抑うつ傾向が強くなると指摘している。その一方、家族と同居する高齢者は物理的には孤独でなくても、心理的には孤独になりやすい（大原ら；1993）との報告もある。在日ベトナム人高齢者は特に家庭内で若い世代と使用言語が異なったり家庭内の役割が逆転するなど高齢者の孤立感や喪失感を抱きやすい環境にあり、家族員が多くても抑うつ的になりやすい可能性があるため、今後研究を重ねていく必要がある。

#### （2）抑うつ症状の身体化の可能性

抑うつ傾向が強い状況は前述の健康上の問題とも関連が深いと推測できる。米国に渡ったベトナム難民への調査（J. Kinzie, S. Manson, et al；1982）、（N-Lan D, D. Hunt et al；2005）で、ベトナム人は精神疾患への偏見によりネガティブな気分や感情をあまり表現せず、うつが重症化するまで放置したり、頭痛などの身体症状として受診する傾向があるとしている。2つのケース（Gさん、Rさん）で自覚されていた肩こりや頭痛、原因不明の下痢や腹痛などの症状も抑うつを身体表現していると推察できる。

抑うつと主観的健康観の関連については様々に報告されており（村岡他；1997）、（川本；1999）、（古川；2004）、高齢者の精神的健康と身体的健康のつながりは特に深いと考えられている。戦争、難民という文化歴史的背景に加え、不就労状態、経済的不安定さ、会話の困難さなど様々な要因から抑うつ的となりやすい。それが身体症状として表現され、主観的健康観は低下し、たとえ医療につながっても言葉がわからず不安は拭えぬまま抑うつ状態は続き、再び身体化してさらに主観的健康観は低下する、という悪循環に陥ることも想定できる。

今回の協力者のほとんどは、日ごろNGOや宗教施設との何らかのつながりを維持している人であったにも拘らずこのような結果となった。こうした組織との接点をほとんど持たないベトナム人高齢者は、さらに心身が不健康な状態で社会から孤立している可能性がある。

### 3. 支援の在り方について

保健医療従事者として地域で生活する在日ベトナム人高齢者を支援する機会は集住地域でない限り多くはない。しかし難民として来日し、20年経ってもほとんど日本語が分からず、生活保護受給により受身的な生活になりがちな人々が日本社会で老いつつあるという事実を知ることから支援が始まる。地域で関わる機会があれば、

彼らに適時適切な情報を確実に届け、彼らのニーズも拾えるよう配慮する。そうした相互交流を通して、彼らが社会に参加するきっかけを得て自文化を見直し、またなんらかの役割を見出し自己効力感が高まる体験を重ねられる可能性があり、それが精神的健康の改善、ひいては主観的健康観、幸福感の改善にもつながると期待できる。

医療現場で外国人は敬遠されがちだが、彼らには人種や国籍を問わず医療や看護を受ける権利があり、ベトナム人高齢者に限らず外国人患者は今後ますます増える見込まれる。医療従事者は、敬遠してしまう自身を振り返り、小林（2002）が勧めるようにゆっくり日本語で話しかけ、コミュニケーションパターンを変えてみる（藤原；2006）ことから始め、既存のリソースを最大限活用したうえで、医療通訳制度の整備が患者・医療従事者双方の安全や権利を守ることを認識する必要がある。目に見える身体面のケアだけでなく、文化歴史的背景にも関心を向け、身体的苦痛の裏に潜む心の痛みを、普段以上に意識して関わることが求められる。

### V. 本研究の限界

調査当時、神戸市には60歳以上のベトナム人が40名居住しており（NGOベトナム in KOBE）、その半数弱が調査に協力したことになるが、地域が限局し対象者数も少なかったため偏りは大きく、これを在日ベトナム人高齢者の現状として一般化できるものではない。対象者の使用言語が研究者の母語とは異なるため、調査用紙翻訳の段階で質問文の意味の微妙な変化や、通訳者の意識による回答や語りの歪みが生じた可能性は否定できない。

今後は調査内容や翻訳の精度を高めるとともに、調査範囲を拡大し、健康状態や保健福祉へのニーズやアクセス状況についてもさらに情報を集め、今後増え続ける外国人高齢者全般に対してよりよい支援を提供できるよう研究の蓄積が必要である。

### V. まとめ

18名の在日ベトナム人高齢者に対して面接調査を行い、以下の結果を得た。1）滞日年数が平均16年に及ぶにもかかわらず、6割以上が日常生活において言葉の不自由さを感じていた。2）健康上の理由から就労率は低く、生活保護受給率が約9割に上っていた。3）会話困難が主観的幸福度に影響していた。4）主観的健康度は低く、約8割が通院し、文化や言葉の違いから処方薬の誤用や医療への不信があった。5）抑うつ傾向が強く、



それが身体化していることが伺えた。このような在日ベトナム人高齢者の心身の健康を維持、向上するためにも医療従事者自身が現状を知り、既存の資源を活用して様々な情報を適時適切に提供できるようこちらから積極的に関わっていく姿勢が必要である。

謝辞：本研究にご協力いただいた在日ベトナム人高齢者の皆様、各NGO、NPOスタッフの皆様にご心より御礼申し上げます。また本稿をまとめるにあたり、ご指導くださったすべての皆様に深く感謝いたします。

## VIII. 文献

- 文鐘聲 (2005)；大阪生野区の在日コリアン高齢者に関する実態調査報告，在日コリアン高齢者支援ネットワークハナ総会・記念シンポジウム
- 文鐘聲，林正明 (2007)；在日コリアン女性高齢者の生活―「KFCハナの会」聞き取り調査 (2003，神戸)より―，在日マイノリティ高齢者の生活権，NPO法人KFC，新幹社，5-39.
- 江畑敬介 (1987)；わが国に在住するインドシナ難民にみられた精神病理―一定住センターにおける経験から，臨床精神医学，16：1409-1418.
- 法務省HP；統計に関するプレスリリース，在留外国人人数／外国人登録者数平成25年[http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri01\\_00013.html](http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri01_00013.html)，2014. 8. 28閲覧
- 藤原ゆかり (2006)；異文化圏からの人々の出産に対する助産ケアの現状，日本助産学会誌20(1)，48-59.
- 古川秀敏，国武和子，他 (2004)；高齢者の抑うつ・孤独感の緩和と地域社会との交流，老年社会科学，26(1)，85-91.
- ハ・ティ・タン・ガ (2007)；在日ベトナム人高齢者の居場所，在日マイノリティ高齢者の生活権，NPO法人KFC，新幹社，東京，101-108.
- 磯谷一枝，山中学，石川元直，他 (2011)；居住形態は入院中の高齢患者の抑うつに影響を与える，日本老年医学会雑誌 48(5)，570-571.
- J. David Kinzie, Spero M. Manson, Do The Vihn, Nguyen Thi Tolan, et al. (1982)；Development and Validation of a Vietnamese-Language Depression Rating Scale, Am. J Psychiatry 139: 10, October 1276-1281.
- 川上郁雄 (2005a)；「インドシナ難民」受け入れ30年を振り返る～私たちは何を学んだのか～，集会講演資料，<http://www.gsjal.jp/kawakami/dat/051126.pdf>，2014. 8. 21閲覧
- 川上郁雄 (2005b)；越境する家族―在日ベトナム系住民の生活世界，明石書店，東京.
- 川本龍一，土井貴明，他 (1999)；山間地域に在住する高齢者の抑うつの状態と背景因子に関する研究，日本老年医学会雑誌，36(10)，703-710.
- 小林米幸 (2002)；外国人患者診療・看護ガイド，エルゼビア・サイエンスミクス，東京.
- 厚生労働省；平成16年国民生活基礎調査の概況，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa04/> 2014. 8. 25閲覧
- 厚生労働省―平成16年高齢就業実態調査結果の概況一，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/keitai/04/> 2014. 8. 25閲覧
- 黒田学，向井啓二，他 (2003)；胎動するベトナムの教育と福祉―ドイモイ政策下の障害者と家族の実態―，図書出版文理閣，東京.
- 畔柳良江，水口雅子，他 (2008)；長野県における外国人健診受診者の健康状態と今後の健診のあり方―NGO主催による外国人健診の結果分析より―，長野県立看護大学紀要，10：101-112
- 増地あゆみ，岸玲子 (2001)；高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察―ソーシャルサポート・ネットワークとの関連を中心に―，日本公衆衛生雑誌 48(6)，435-448.
- 松林公蔵，木村茂昭，他 (1992a)；“Visual Analogue Scale”による老年者の「主観的幸福度」の客観的評価：I―標準的うつ尺度との関連―，日本老年医学会雑誌 29(11)，811-816.
- 松林公蔵，木村茂昭，他 (1992b)；“Visual Analogue Scale”による老年者の「主観的幸福度」の客観的評価：II―ライフスタイルならびに認知・行動機能との関連―，日本老年医学会雑誌 29(11)，817-822.
- 松尾博哉，北田涼子，他 (2007)；滋賀県の在住南米人集積病院における妊産婦母子保健指標に関する研究，周産期医学 (37)8，1062-1066.
- Montorio I, Izal M. (1996)；The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. Int Psychogeriatr. 8(1)：103-12.
- 村岡義明，井原一成，他 (1997)；うつ状態を呈する地域在宅高齢者の身体状況について，精神医学 39(3)，285-290.
- 中江華子，長田佳世，他 (1998)；当院における在日アジア系外国人の分娩及び新生児異常に関する臨床統計，日本新生児学会雑誌 34(4)，804-809.

- 中村好一, 金子勇, 他 (2002); 在宅高齢者の主観的健康観と関連する因子, 日本公衆衛生雑誌, 5, 409-416.
- NGO ベトナム in KOBE; 統計資料
- Nguyen-Lan D. Nguyen, D. Daniel Hunt, and Craig S. Scott (2005); Screening for Depression in a Primary Care Setting in Vietnam, The Journal of Nervous and mental Disease, vol. 193, No. 2 February, 144-147.
- 西野文子, 倉田良樹 (2002); 日本におけるベトナム人定住者の社会的統合, 一橋大学経済問題研究所ディスカッションペーパー, <http://cis.ier.hit-u.ac.jp/Common/pdf/dp/2001/dp74.pdf>, 2013. 8. 31閲覧
- 大原浩市, 岡本典雄, 他 (1993); 老人と自殺, 臨床精神医学 22(6), 709-714.
- 大見智子, 武蔵学, 他 (2011); 北海道大学留学生の健康診断に使用する文書情報の英語及びふりがな表記に関する意識調査と成果, 北海道公衆衛生学雑誌 (0914-2630) 24(2), 57-63.
- 大阪府福祉部高齢者保健福祉室 大阪府立大学社会福祉学部 社会福祉調査研究会 (1997); 在日外国人高齢者保健福祉サービス利用状況等調査 ―健康・生活と保健福祉サービスについての調査― 報告書.
- 崔雅絹 (2007); 介護老人保健施設「ハーモニー共和」における取り組みについて, 在日マイノリティ高齢者の生活権, NPO法人KFC, 新幹社, 東京, 67-72.
- 政府統計の総合窓口, 平成17年・22年国勢調査, 外国人に関する特別集計; <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02100104.do?tocd=00200521>, 2014. 8. 25閲覧
- 高橋美保子, 柴崎知美 (2001); 高齢者の社会活動レベルとその後の生活・健康状況との関連に関する研究, 健康文化研究助成文集, 7, 46-55.
- 高橋龍太郎 (1999); 精神機能評価 うつ病のスクリーニング, 小沢利男他 (編), 高齢者の生活機能評価ガイド, 医歯薬出版, 東京, 43-50.
- 戸田佳子 (2001); 日本のベトナム人コミュニティ, 暁印書館, 東京.
- 植本雅治 (1995); 神戸におけるインドシナ難民, 日本社会精神医学会誌 4 : 63-66.
- 鶴川晃, 川口定親, 他 (2003); ヴェトナム難民女性の日本社会への適応の現状について, (助)明治安田こころの健康財団研究女性論文集, 39 : 222-229.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL (1982-1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 17(1): 37-49.
- 吉田真奈美, 春名めぐみ, 他 (2009); 在日フィリピン人母親が子育てで直面した困難と対処, 母性衛生 50(2), 422-430.
- Wada Taizo, Ishine Masayuki, et al (2005); Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan, Archives of Gerontology and Geriatrics, 41(3), 271-280.
- WHO編/中野善達監訳 (2004); 世界の精神保健. 精神障害, 行動障害への新しい理解, 明石書店. 東京.